FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1905 — N° 208

THÈSE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

DÉFORMATIONS PLASTIQUES

DE LA TÊTE FŒTALE

DANS LA PRÉSENTATION DU SIÈGE

SOUTENUE DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le jeudi 2 mars 1905, à 1 heure

PAR

M. JULES COHEN

DÉFORMATIONS GRAVIDIQUES

Président : M. BUDIN.

Juges : MM. BERGER, DE LAPERSONNE, *professeurs.* AUVRAY, *agrégé.*

SCEAUX
IMPRIMERIE CHARAIRE
98-100, RUE HOUDAN, 98-100

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS-DUVAL.
Opérations et appareils	SEGOND.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Cliniques d'accouchement	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRNISSON.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	DESGREZ.	LAUNOIS.	POTOCKI.
BALTHAZARD.	DUPRÉ.	LEGRY.	PROUST.
BRANCA.	DUVAL.	LEGUEU.	RENON.
BEZANÇON.	FAURE.	LEPAGE.	RICHAUD.
BRINDEAU.	GOSSET.	MACAIGNE.	RIEFFEL, chef des travaux anatomiques.
BROCA (André).	GOUGET.	MAILLARD.	
CARNOT.	GUIART.	MARION.	TEISSIER.
CLAUDE.	JEANSELME.	MAUCLAIRE.	THIROLOIX.
CUNEO.	LABBÉ.	MÉRY.	VAQUEZ.
DEMELIN.	LANGLOIS.	MORESTIN.	WALLICH.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes maîtres dans les hôpitaux :

M. le docteur BARBIER.
M. le docteur ROQUES.
M. le docteur TALAMON.
M. le docteur PICQUÉ.
M. le professeur agrégé TUFFIER.
M. le docteur BRUHL.
M. le docteur ESTRABAUT.
M. le docteur TISSIER.
M. le professeur GAUCHER.
M. le professeur agrégé BONNAIRE.
M. le docteur Le GENDRE.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/thesecontributio0000mjul

A mon Président de Thèse.

M. LE PROFESSEUR BUDIN

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Hommage de profond respect.

AVANT-PROPOS

Nous avons eu l'occasion de voir à la Maternité de l'hôpital Lariboisière un enfant qui présentait une déformation très nette de la tête après un accouchement par le siège. M. le professeur agrégé Bonnaire, qui dirige avec tant d'autorité la Maternité de l'hôpital Lariboisière, appela notre attention sur ce fait. C'est à lui que nous devons l'idée de ce travail, c'est grâce à ses conseils, à ses excellentes indications, que nous avons espéré le mener à bien.

Qu'il nous soit donc avant tout permis de lui dire ici combien est vive notre reconnaissance à son égard, tant pour l'extrême bienveillance qu'il nous a toujours montrée que pour l'utilité que nous avons tirée de son enseignement.

Au moment de terminer nos études médicales, il nous est doux d'adresser nos remercîments à nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux, à qui nous devons la plus grande partie de nos connaissances. Que M. le professeur Gaucher, MM. les professeurs agrégés Bonnaire, Tuffier, MM. Barbier, Talamon, Bruhl, Le Gendre, médecins des hôpitaux, veuillent bien accepter l'hommage de toute notre respectueuse gratitude.

Nous ne saurions trop dire à M. le professeur Budin combien nous sommes touché du grand honneur qu'il nous fait en acceptant de présider notre soutenance.

INTRODUCTION

Les accoucheurs, en général, ont attaché peu d'importance à la forme de la tête fœtale, dans la présentation du siège. Quand on recherche dans les travaux assez éloignés, on ne trouve aucune mention à ce sujet, par exemple dans les mémoires de Depaul, Levret, Pajot. Nous avons cependant trouvé dans les mémoires de Mme Lachapelle, à la suite de l'étude de la présentation du siège, une observation des plus intéressantes à ce sujet, et que nous rapporterons plus loin.

M. Budin fut le premier qui, dans une thèse remarquable qu'il a consacrée à l'étude de la forme de la tête fœtale, insista sur ce sujet. « La tête, dit-il, est peu modifiée dans la présentation du siège, elle présente aussitôt après l'accouchement une jolie forme arrondie qui frappe par sa régularité. »

De même, parmi les auteurs étrangers, on ne voit rien de particulier sur ce sujet. Ainsi, par exemple, dans le *Traité des accouchements* de Veito et Olshausen, on trouve le passage suivant : « La tête fœtale traversant rapidement le bassin, on n'y trouve habituellement aucune déformation. »

De même dans le *Traité des accouchements* de Bumm : « Comme, dans la présentation du siège, dit cet auteur, l'expulsion de la tête dernière se produit rapidement, la plupart du temps elle ne prend

pas de configuration particulière, et elle présente chez les nouveau-nés venus par le siège une jolie forme arrondie. »

Cependant, les auteurs commencent à s'apercevoir que la tête fœtale peut différer de la forme normale habituelle à la présentation du siège, et dans la thèse déjà citée de M. Budin nous trouvons ce qui suit :

« En examinant avec attention les tracés recueillis sur un même enfant, on voit que, après quelques jours, la forme générale du crâne a légèrement changé. Il est évident que si, pour franchir la filière pelvienne, elle n'a éprouvé aucune difficulté, on ne peut considérer comme normale une tête qui, venant la dernière, a supporté pendant plusieurs heures le poids de toutes les contractions utérines. »

Cette étude a été reprise dans ces derniers temps, surtout par MM. Bonnaire et Schwaab d'un côté, puis, peu de temps après, complétée par M. Bar.

C'est de leurs travaux que nous nous inspirerons.

Nous étudierons dans un premier chapitre l'aplatissement et l'asymétrie de la tête fœtale ; nous décrirons dans un deuxième chapitre la dolichocéphalie, et nous consacrerons un chapitre spécial aux déformations de la tête fœtale dans l'oligohydramnie.

Aplatissement et asymétrie de la tête fœtale.

« Depuis 1890, dit M. Bonnaire, l'un de nous, dans les différents services d'accouchement qu'il dirigea, a eu l'occasion d'observer à différentes reprises des faits de déformation céphalique particulière spéciaux à la présentation du siège. Cette déformation plastique se caractérise essentiellement par une altération de la sphéricité céphalique et par la production d'un méplat siégeant sur l'un des pariétaux... La déformation qu'on observe le plus souvent du côté de la tête après l'accouchement par le siège, consiste dans un aplatissement du pariétal antérieur. Le méplat ainsi produit siège au niveau de la partie postéro-supérieure de cet os. La bosse pariétale correspondante est souvent plus saillante que celle du côté opposé. Tantôt, elle reste située dans le même plan transversal que son homologue, tantôt elle est anté ou rétropulsée par rapport à celle-ci. La déviation est plus complexe encore; le pariétal de ce côté est refoulé de haut en bas et la bosse de ce côté occupe un niveau inférieur à celui du côté opposé. Il existe donc une véritable distorsion de la voûte cranienne, il semble que celle-ci ait été saisie entre deux forces diamétralement opposées dont l'une, qui aurait agi sur le pariétal aplati, aurait en même temps refoulé la bosse pariétale correspondante en avant et en bas; tandis que l'autre, du côté opposé, aurait eu pour effet de dévier la bosse pariétale en haut et en arrière ou inversement. La forme générale de la tête, quoique

asymétrique, reste brachycéphale. Sur les cinq cas dans lesquels nous avons noté cet aplatissement localisé à la partie postéro-supérieure du pariétal antérieur, quatre fois il s'agissait d'une présentation du siège mode des fesses. » Et, en effet, c'est dans la présentation du siège décomplété mode des fesses que l'on trouve la plupart du temps les déformations. Dans cette présentation, les deux jambes s'étendant au-devant du corps à la manière de deux attelles, la tête se trouve ainsi fixée, et on conçoit aisément que la contraction utérine ait beaucoup plus de prise sur elle. Une fois, il s'agissait d'un siège complet. Les enfants étaient dans les trois cas petits et avant terme. Deux fois, ils ont dépassé 3,000 grammes (3,100, 3,420 grammes). Dans aucun de ces faits, rien de particulier n'a été relevé, quant à la quantité du liquide amniotique; le travail ne s'est accompagné d'aucune anomalie, sa durée a été moyenne et l'extraction de la tête dernière n'a pas souffert de difficultés.

M. Bar a repris et continué cette étude :

« Ces asymétries, dit-il, sont fort communes et je ne doute pas que l'observation des accoucheurs se trouvant attirée sur ce point, les observations ne se multiplient rapidement. Pour mon compte, il ne se passe pas de mois où je n'aie l'occasion d'en montrer des exemples à mes élèves. Dans tous les cas que j'ai observés, l'aplatissement d'un des côtés de la tête m'a semblé avoir pour premier effet d'allonger les dimensions antéro-postérieures de la tête, et d'éloigner celle-ci du type brachycéphale. La déformation de la tête ne consiste pas, en effet, en un enfoncement analogue à ceux qui se produisent si fréquemment pendant le travail. C'est un simple aplatissement parfois très limité, souvent assez étendu. Il siège

habituellement à l'angle postérieur et supérieur du pariétal, en arrière et au-dessous de la bosse pariétale qui forme l'angle externe de l'aplatissement. Parfois il siège plus bas derrière l'oreille, au-dessous et en arrière de la bosse pariétale. Cette variété est moins commune que la précédente. Cette déformation siège presque toujours sur le pariétal qui se trouve en avant, elle est limitée à la voûte : la base du crâne est indemne et reste symétrique. »

Quelle est donc la cause de cette déformation?

Cette asymétrie de la voûte du crâne n'est certainement pas le résultat des déformations de la tête produites pendant le travail. « On peut en effet, dit M. Bar, la rencontrer chez des fœtus qui n'ont pas traversé la filière pelvienne. J'ai eu l'occasion de faire en 1885, à l'hôpital de la Charité, l'autopsie d'une femme morte pendant un accès d'éclampsie. Chez cette femme, le travail n'était pas consommé, le fœtus se présentait par le siège mode des fesses en STD : j'ai moulé le fœtus tel que je l'avais retiré de l'utérus congelé. Voici le moulage noirci par le temps : la tête présente un aplatissement de la partie supérieure du pariétal droit. La base du crâne n'est pas atteinte et les oreilles sont sur le même plan. C'est exactement, mais sur un enfant encore *in utero*, la déformation que je vous disais, il y a un instant, si commune chez les enfants venus par le siège. Nul doute que cette déformation fût devenue plus marquée si la grossesse avait été plus avancée et si l'enfant avait été plus volumineux. » Il faut donc chercher une autre cause à cette déformation. Dans les *Cliniques, pour les opérations obstétricales*, de Fritsch, on trouve cette remarque suivante :

« Par la pression, les fibromes utérins déforment certaines parties du corps fœtal; c'est donc à l'influence de la pression utérine qu'il faut rapporter l'asymétrie de la tête fœtale. Pourquoi, par exemple, une tête fœtale située au fond de l'utérus, cette tête étant molle et susceptible de changer de forme, ne devrait-elle pas s'adapter à celle de l'utérus quand celui-ci est très résistant et que la paroi abdominale est tendue? »

La cause de cet aplatissement, pour M. Bonnaire, doit être recherchée sans aucun doute dans la pression exercée sur le globe céphalique par le muscle utérin et plus spécialement par la partie antérieure du fond ou voûte de l'utérus.

C'est aussi l'avis de M. Bar. « Il semble, dit-il, qu'on doive attribuer cette déformation à la pression exercée par la paroi utérine sur le fœtus. Au premier abord, il peut paraître que l'utérus si souple ne puisse modifier sérieusement la forme de la tête fœtale ; mais nous savons combien celle-ci se déforme aisément et nous en avons pour preuve ces asymétries du crâne très persistantes qui se produisent chez certains nouveau-nés par la seule pression subie par un des côtés de la tête pendant un décubitus prolongé. »

A quelle époque se produit cette déformation?

M. Bonnaire estime que cette pression utérine exerce son action déformatrice dans les derniers mois de la grossesse, mais son effet se trouve accru, sans doute, sous l'influence des contractions du travail.

Dolichocéphalie.

Hecker, le premier, observa cette déformation de la tête fœtale et consacra un article à ce sujet dans les *Archives de Gynécologie* de 1877. « C'est un fait connu, dit-il, que le type du crâne de l'enfant nouveau-né, à cause du passage rapide à travers la filière pelvienne, a peu de raisons d'adopter une configuration particulière dans la présentation du siège. » « Dans cette présentation, dit Spiegelberg, la tête a une forme caractéristique ronde, brachycéphale, encore plus frappante à cause de l'absence de la bosse séro-sanguine. La forme ronde de cette tête vient de ce que tout le reste de la périphérie du crâne se trouve comprimé, la région du vertex n'a pas à subir de pression ; pendant que l'occipital, les deux pariétaux et le frontal sont comprimés de la même manière contre la cavité crânienne, l'action des organes comprimés se porte vers le vertex de telle sorte que le diamètre vertical du crâne qui était d'abord ovale s'agrandit pendant que, d'un autre côté, les diamètres horizontaux et obliques deviennent moins considérables. Si donc il peut être démontré que, parmi les enfants qui sont nés par le siège, la tête n'était originellement ni ovale ni susceptible de devenir ronde parce que, à cause de son petit volume, elle traverse simplement et rapidement la filière pelvienne, mais présentait plutôt à l'origine une forme différente dolichocéphale, on

pourra alors trouver là une preuve irréfutable des particularités de la tête fœtale. Bien que les présentations du siège soient beaucoup trop rares pour une observation si difficile, c'est-à-dire pour trouver des formes de tête particulières qui se différencient du type rond ou du type ovale, ce fait ne m'a cependant pas échappé depuis plusieurs années que, en réalité, il y a des exceptions à cette règle, et j'ai en ma possession deux têtes d'enfants venus par le siège et qui démontrent bien cette exception.

« Par cette observation, le développement de la tête fœtale prend une importance beaucoup plus considérable que celle qu'on avait voulu lui accorder jusqu'ici. Qu'on ait affaire à des têtes dont le diamètre oblique est très large ou bien avec des sutures étroites, avec une ossature très développée ou non, on arrive à cette affirmation, et celle-ci sera corroborée par les observations que l'on pourra communiquer, c'est qu'il faut rapporter à la vie fœtale le développement de la forme individuelle du crâne. »

Et, à la suite de ce mémoire, Hecker cite deux cas dans lesquels l'enfant se présentait par le siège et avait une forme nettement dolichocéphale. Les observations de Hecker ne sont pas restées isolées, et aujourd'hui bien des auteurs n'acceptent plus l'ancienne donnée classique, sans indiquer les exceptions qu'elles comportent. Nous trouvons, dans le *Traité clinique des opérations obstétricales* de Fritsch déjà cité plus haut, les indications suivantes : « J'ai observé chez des primipares dans les présentations du siège une forme dolichocéphale de la tête, tout à fait spéciale, avec vertex plat incliné vers l'arrière, et j'admets que la pression constante sur le crâne a aplati celui-ci; cette forme de la tête s'adapte, en

tous cas, dans la partie supérieure de l'utérus, comme dans un moule. » Parlant d'un cas dans lequel l'enfant naissant par le siège avait une tête dolichocéphale, il ajoute : « Ce crâne a une forme de présentation de la face tout à fait frappante; peut-être l'accouchement se sera-t-il fait la face en avant, peut-être une forme primaire dolichocéphale dériverait-elle d'une présentation du siège ayant existé pendant longtemps. »

Qui réfutera peut-être que dans chaque accouchement avec présentation de la face pour lequel l'étiologie est à rechercher dans la forme de la tête, il n'a pas préexisté pendant longtemps une présentation du siège? Olshausen et Veit reconnaissent l'existence de la dolichocéphalie.

Kustner, dans l'article qu'il a consacré dans le *Manuel d'accouchement* de Muller à l'étude de la dystocie par présentation du siège, a insisté sur les variétés de forme que peut présenter la tête fœtale dans le cas d'accouchement par le siège. « La tête fœtale, écrit-il, conserve dans le cas de présentation du siège sa forme naturelle, car elle n'est pas modifiée par le mécanisme de l'accouchement. » Cependant, elle ne présente pas aussi souvent qu'on le pense habituellement une forme ronde. Sa forme est bien différente de celle qu'elle affecte dans les occipito-postérieures. Il convient d'y insister. Kustner figure quatre têtes fœtales, dont deux, provenant d'enfants nés par le sommet en occipito-postérieure, sont brachycéphales, et les deux autres, provenant d'enfants nés par le siège, sont dolichocéphales. La forme d'une de ces dernières rappelle celle de la tête d'un enfant né par la face; la seconde y ressemble beaucoup moins. On voit donc par ces citations des

auteurs que la dolichocéphalie est une chose reconnue parmi les déformations les plus fréquentes de la tête, mais comment faut-il l'expliquer? « Si les constatations des variantes que présente la conformation de la tête fœtale chez les nouveau-nés venus au monde par le siège est chose facile, dit M. Bar, la question de la genèse de ces variantes est plus complexe qu'il ne le semble au premier abord. Bien des facteurs qui se groupent de façons fort diverses contribuent à donner à la tête du nouveau-né sa conformation :

« 1° C'est d'abord la forme originelle de la tête, forme généralement atavique familiale;

« 2° C'est la forme acquise par l'individu par suite des particularités dans le développement du crâne à la période embryonnaire, ces particularités sont souvent, mais non toujours le résultat des pressions qui se sont exercées à une époque très précoce de la vie intra-utérine;

« 3° C'est la forme acquise par le fait de pressions exercées sur la tête après la période embryonnaire par suite de l'attitude du fœtus ou par suite d'anomalie dans la quantité du liquide amniotique (oligohydramnie) et de la pression exercée par l'utérus;

« 4° C'est enfin la forme acquise par suite des pressions exercées sur la tête pendant l'accouchement.

« La forme de la tête telle que nous l'observons au moment de la naissance est faite de l'action de tous ces facteurs.

« S'il est facile de classer dans un exposé théorique les facteurs qui interviennent pour donner à la tête du nouveau-né la forme que nous constatons, il n'est guère aisé de faire dans chaque cas particulier le départ de ce qui appartient à chacun d'eux.

« Les formes ataviques familiales, celles qui sont dues à des particularités dans le développement du crâne ne sont pas en effet les seules qui subsistent après la naissance. Si les déformations acquises pendant le travail, certaines de celles acquises par suite de l'attitude du fœtus pendant la vie intra-utérine sont généralement superficielles et disparaissent relativement vite, il n'en est pas toujours ainsi, et il ne convient pas de considérer la permanence ou la fugacité de ces déformations comme un critérium.

« Souvent, des anomalies de forme survenues très tard, et semblant superficielles, subsistent au moins en partie et contribuent à modifier d'une manière définitive la forme originelle de la tête. Ces principes étant posés, M. Bar a fait mesurer les crânes de tous les enfants nés par le siège pendant deux ans, et il y aurait :

Enfants brachycéphales, 1/5 ;
Enfants dolichocéphales, 1/5 ;
Enfants mésaticéphales, 3/5.

« On voit donc que la dolichocéphalie n'est pas un phénomène isolé.

« Pour cet auteur, la dolichocéphalie peut être due : 1° soit à l'allongement du crâne dans le sens antéro-postérieur ; parfois il coexiste avec un certain degré des dimensions transversales, mais les diamètres antéro-postérieurs prédominent tellement sur les transversaux que le type dolichocéphalique se trouve constitué ;

« 2° Elle peut être due, d'autre part, à la diminution des dimensions transversales. En pareil cas, l'allongement peut porter sur les diamètres verticaux seuls, sur les diamètres antéro-postérieurs seuls ou à la fois sur les deux ordres de diamètre.

« L'analyse devrait être poussée plus loin encore et on devrait, dans la première de ces deux classes, distinguer les cas où l'allongement des dimensions antéro-postérieures tient à un développement exagéré des bosses frontales, de la bosse occipitale, et ceux où il est dû à un aplatissement de la tête dans le sens vertical. De même, dans la seconde classe, on devrait ranger à part les faits dans lesquels le raccourcissement des dimensions transversales porte sur la base et ceux où les diamètres transversaux de la base étaient sensiblement normaux, l'aplatissement latéral du crâne porte seulement sur la voûte.

« La forme la plus fréquente est celle où il y a surtout un accroissement du diamètre antéro-postérieur avec conservation des dimensions transversales. »

La dolichocéphalie paraît due, dans bon nombre des cas où l'enfant se présente par le siège, à une compression qui se serait exercée pendant les derniers temps de la grossesse.

Tous les degrés d'aplatissement peuvent s'observer, et la forme de la tête, tout en ayant le caractère dolichocéphale, peut affecter un profil assez différent. La dolichocéphalie peut être très accentuée. Parfois, elle est si marquée, qu'on ne peut s'empêcher de penser à la forme de la tête qui est habituelle dans le cas de présentation de la face.

Déformation de la tête fœtale dans le cas d'oligohydramnie.

M. le professeur Budin, dans sa thèse inaugurale, rapporte l'observation suivante de présentation du siège mode des fesses s'accompagnant d'oligoamnios : « La tête, dit-il, était penchée à gauche, et la face latérale de la tête correspondant à l'épaule gauche avait un aspect réniforme : l'enfoncement était causé par la pression du moignon de l'épaule. » Et plus loin, il dit que lorsque la poche des eaux se rompit, il s'écoula une quantité de liquide si petite que cette rupture passa presque inaperçue ; la malade se sentit seulement un peu plus mouillée. « La tête était altérée de la manière suivante : les sutures étaient très larges, les fontanelles étaient très vastes, de sorte que les os chevauchaient aisément, se recouvrant l'un l'autre, et permettant une réduction facile du volume de la tête.

« Il existait au niveau de la base du crâne une hémorrhagie sous-arachnoïdienne plus étendue du côté gauche et une hémorrhagie intra-ventriculaire. Il n'existait ni méningo-encéphalocèle, ni spina-bifida, ni bec-de-lièvre. » Après M. Budin, bien des auteurs ont étudié de près ces déformations de la tête fœtale. Il nous faut citer en particulier le travail remarquable de MM. Lannelongue et Ménard sur ce sujet dans les *Affections congénitales :*

« Certaines anomalies par atrophie sont dues,

disent ces auteurs, à une compression subie par le fœtus dans la cavité amniotique à une période assez avancée de la grossesse. On retrouve à la naissance et plus tard les empreintes évidentes de cette compression sur diverses régions du corps, et plus particulièrement sur la tête. » Et ces auteurs citent des exemples de ces déformations dont nous reproduirons les plus caractéristiques à la fin de notre travail. « Ce n'est pas seulement chez les nouveau-nés, continuent-ils, qu'on observe des déformations du crâne par compression : elles peuvent persister indéfiniment, nous les avons retrouvées chez des sujets de six ans et de quatorze ans. Les faits précédents indiquent à n'en pas douter que la compression du fœtus s'est faite à la fin de la grossesse. Le développement de tous les organes, l'absence de toute autre malformation ainsi que le siège superficiel des altérations où l'on reconnaît les empreintes des parties comprimées sont autant de raisons en faveur d'un développement régulier d'abord, qui n'a été que tardivement troublé par la position anormale dans laquelle ont été placées certaines parties du fœtus. D'autres observations établissent au contraire que la compression utérine peut déterminer des malformations véritables à une période plus précoce. C'est ainsi que Kocher a eu l'occasion d'examiner un fœtus de trois mois, présentant les traces de compression mécanique par défaut de liquide amniotique. Les pieds et les mains étaient déformées, la tête inclinée en avant et de côté. Osiander a vu un enfant qui était né avec le menton enfoncé dans le thorax, le dos voûté, les extrémités creusant aussi de profondes empreintes sur le thorax, des pieds bots et un crâne asymétrique. La compression du

côté gauche, ou plutôt l'inflexion du tronc sur le côté gauche était indiquée par une synostose des côtes gauches et par l'absence du rein gauche. Si, comme cela n'est pas douteux, cette dernière anomalie doit être rapportée ainsi que les autres à la compression intra-utérine, ce ne peut être qu'à une compression exercée à une période très précoce du développement embryonnaire ; l'apparence des désordres, leur profondeur ainsi que l'absence d'un organe, en font foi. Les observations précédentes mettent en évidence un groupe de malformations d'un ordre particulier, et si l'on examine les enfants peu de temps après leur naissance, on peut avec la plus grande facilité reconnaître le mécanisme suivant lequel la déformation s'est produite dans l'utérus. Les membres et la tête reprennent presque d'eux-mêmes la situation anormale à laquelle ils étaient condamnés dans l'amnios par la compression utérine, et c'est à la fixité de cette attitude qu'il convient de rapporter l'asymétrie présentée par le jeune sujet. En général, la déformation consiste dans une atrophie irrégulière de la tête qui présente deux dépressions aux deux extrémités de l'un de ses diamètres. La tête étant le plus souvent inclinée latéralement, la partie qui s'applique sur l'épaule se creuse d'une empreinte pour recevoir la saillie convexe de la région. C'est tantôt sur la joue, tantôt sur la partie temporo-occipitale du crâne, qu'on retrouve cette première trace d'atrophie mécanique. Mais il y a une seconde dépression qui siège exactement sur le côté opposé de la tête ; celle-ci consiste dans un aplatissement du crâne soit au niveau du front, soit dans la région temporo-pariétale. La seconde déformation atrophique est produite directement par

la compression exercée par la paroi utérine. Si la tête, au lieu de s'incliner de côté, s'infléchit en avant, le menton marque sa place sur le thorax. On retrouve alors à la partie inférieure du tronc un second aplatissement dû aux empreintes des membres. La même interprétation convient à toutes les déformations tardives ; elles sont produites par une pression mécanique. La cavité utérine étant régulièrement conformée en ovoïde, ce sont les parties saillantes du fœtus qui sont comprimées en premier lieu et toujours le plus fortement atteintes : les traces qu'elles conservent sont le meilleur témoignage de cette compression.

« La cause prochaine de ce mécanisme doit être cherchée non dans la paroi utérine, mais dans le liquide amniotique qui se trouve alors en quantité insuffisante. Normalement, le fœtus est libre dans la cavité de l'amnios et isolé en tous les points par une couche de liquide qui répartit uniformément les pressions sur toute sa surface. En exécutant des mouvements actifs et en changeant de position, le fœtus n'entre en contact avec la paroi amniotique que d'une manière légère et momentanée. Il n'en est plus de même si le liquide amniotique est en quantité insuffisante. Ce liquide n'isole plus alors le fœtus sur lequel s'applique directement la paroi utérine qui va lui imposer une attitude fixe.

« Il en résulte que les mouvements actifs sont limités ou empêchés et que les parties saillantes et plus spécialement l'extrémité céphalique sont exposées à subir la pression directe et continue de l'utérus appliqué et contracté sur elles. Attitude fixe du fœtus et pression continue sur les parties les plus saillantes, telles sont les conditions qui découlent de

la pénurie du liquide amniotique et qui permettent de comprendre le mécanisme des malformations qui nous occupent en ce moment. »

Mais comment classer ces malformations ?

Voyons d'abord quel est le rôle du liquide amniotique et nous verrons ensuite ce que peut entraîner la présence de ce liquide en quantité trop peu considérable.

Parmi les rôles divers que doit jouer le liquide amniotique pendant la grossesse, l'un des plus manifestes, sinon des plus importants, est de favoriser les mouvements actifs du fœtus et de permettre le développement de ce dernier, qui aurait été gêné par la pression que, sans cet intermédiaire, les parois utérines auraient exercée sur lui. C'est pendant le travail surtout que le liquide amniotique joue le rôle de matelas élastique, protégeant le fœtus contre la violence des contractions utérines. Enfin, grâce au liquide amniotique dans lequel il baigne, le fœtus prendra aisément l'attitude normale qui est la plus favorable à son expulsion, sans que les différentes parties fœtales appuient d'une façon exagérée les unes sur les autres.

Aussi, que la quantité du liquide amniotique vienne à diminuer d'une façon notable et le fœtus sera durement comprimé.

La force liée à la tonicité des parties utéro-abdominales portera surtout sur les parties les plus saillantes, et spécialement sur la tête dans les présentations du siège.

De plus, le fœtus sera, pour ainsi dire, tassé sur lui-même et maintenu pendant un temps plus ou moins long dans cette attidude rendue vicieuse par son exagération. De ce fait, c'est ainsi que dans les

cas d'oligoamnios accusée, les parties fœtales maintenues en contact, trop appuyées les unes avec les autres, se déprimeut profondément entre elles et s'infligent réciproquement des empreintes qui persistent longtemps après l'accouchement.

« Il semble au premier abord, dit M. Bar, que, changeant avec les attitudes étranges dans lesquelles le fœtus se trouve saisi, la forme de la tête présente tant de variantes que toute classification soit impossible. Un examen comparatif de plusieurs têtes suffit cependant à prouver qu'il n'en est pas ainsi. La tête, en effet, peut présenter certaines dépressions, certains enfoncements tenant à la pression d'un pied, d'une main, ce sont là des déformations accidentelles, tangentielles pour ainsi dire à celles qui résultent de l'attitude que prend la tête fœtale et qu'elle ne masque pas. Cette attitude est presque toujours la suivante : la tête se fléchit et s'incline généralement sur le côté. Chez quelques fœtus que j'ai examinés, elle s'inclinait sur l'épaule antérieure. Quel est le résultat de cette flexion de la tête, de cette flexion continue avec inclinaison latérale? Dans tous les faits que j'ai observés, le menton venait appuyer fortement contre la paroi antérieure du thorax sur lequel il formait une dépression réclinée habituellement sur le côté. L'acromion venait déprimer un côté de maxillaire inférieur, l'oreille de ce côté était généralement reportée en haut et en arrière. Par contre, le côté opposé de la face était plus convexe qu'à l'état normal et l'oreille correspondante était reportée en bas et un peu en avant. Un type de déformation asymétrique se trouve ainsi créé, caractérisé par une asymétrie avec déplacement en haut et en avant ou en arrière d'une

oreille, avec déplacement en sens inverse de l'autre oreille par une véritable scoliose. »

M. Bar rapporte à l'appui un cas frappant dans lequel la tête était aplatie dans le sens transversal aussi bien au niveau de sa voûte que de sa base.

« Il est possible, dit cet auteur, qu'une compression s'exerçant latéralement et due à une oligohydramnios très précoce ait été un facteur de cet aplatissement général de la tête. Outre un aplatissement transversal, la tête présente une notable asymétrie. Elle s'était, pendant la vie intra-utérine, inclinée sur le côté gauche; l'oreille, de ce côté, s'était trouvée reportée en haut et en arrière, celle du côté droit avait été repoussée en avant. C'est ainsi que s'était constituée cette conformation si singulière de la tête qui dérivait :

« 1° D'une disposition originelle, peut-être, d'une compression latérale très précoce, probablement, d'où l'aplatissement simple;

« 2° De compressions s'exerçant dans un sens oblique par suite de l'attitude du fœtus, d'où l'asymétrie. »

Ces déformations de la tête sont assurément limitées par la résistance qu'offre l'encéphale et l'auteur voit la preuve de cette assertion dans un fait qu'il rapporte plus loin : « A la suite d'une méningo-encéphalocèle, la résistance de l'encéphale étant très diminuée, les déformations étaient beaucoup plus considérables. »

M. Bar cite le cas d'un enfant né par le siège, mode des fesses, qui présentait une méningo-encéphalocèle située à la région occipitale. La masse herniée n'était pas très volumineuse, mais cet enfant présentait, en outre, deux reins polykystiques et par

suite de l'anurie qui avait existé pendant la vie intra-utérine, il y avait une oligohydramnie. Cet enfant présenta, outre une méningo-encéphalocèle, un grand aplatissement de la tête dans le sens transversal. Cet aplatissement portait sur la voûte et les dimensions transversales de la base étaient presque normales. Mais, pendant la vie, le menton avait été fortement comprimé contre la face antérieure du thorax et avait fait une dépression sur la face antérieure du sternum. La tête s'était inclinée sur l'épaule droite. Il y avait une dépression sensible sur la partie latérale droite du massif facial... En même temps, il y avait une scoliose des os de la base du crâne. L'oreille droite était repoussée en haut et en arrière, tandis que l'oreille gauche était en avant et en bas. L'asymétrie du crâne qui dérivait de ce déplacement en sens inverse des parties latérales de la base était ici d'autant plus sensible que l'existence de la poche herniaire avait diminué la résistance de l'encéphale.

Mais que vont devenir ces malformations?

« Comme la plupart des phénomènes plastiques, dit M. Bonnaire, et à l'inverse des malformations tératologiques, ces attitudes ne persistent pas très longtemps, d'habitude, après la naissance; elles disparaissent au bout de quelques jours, tout comme cette attitude spéciale du relèvement des membres inférieurs, propre à la présentation du siège décomplété mode des fesses. La compression, bien que prolongée, n'a pas pour effet habituel d'entraîner un trouble dans le développement des tissus au niveau des points comprimés. »

Toutefois, la règle n'est pas absolue : pour peu que l'attitude vicieuse ait pris naissance à une période

relativement hâtive de la grossesse, et que la compression ait été aussi énergique que prolongée, il peut en résulter un raccourcissement des muscles et ligaments, voire même des os qui répondent à la plicature de flexion : c'est l'étiologie du torticolis congénital auquel nous consacrons le chapitre suivant.

D'autre part, pour M. Bar, quand une tête fœtale est très déformée, comme dans le cas de l'enfant cité plus haut, la cavité cranienne subit des modifications de forme en rapport avec celles que nous constatons à l'extérieur. Et M. Bar présente les particularités observées à la coupe du crâne de l'enfant : la région pariétale était asymétrique, le frontal droit était plus haut que le frontal gauche. Le rocher était plus haut à droite qu'à gauche. L'asymétrie extérieure du crâne retentit donc manifestement sur la forme de la cavité cranienne, ce qui peut n'être pas indifférent pour le développement des centres nerveux encéphaliques.

Torticolis congénital.

Le torticolis congénital n'est pas une affection très rare à la suite de la présentation du siège s'accompagnant d'oligohydramnie; c'est pour cette raison que Stromeyer l'appelait torticolis obstétrical. Si on recherche la lésion histologique, on trouve que l'atrophie et la rétraction du sterno-mastoïdien sont dues à une myosite interstitielle sclé-reuse, diffuse, très étendue, mais non totale, plus accusée dans les deux tiers inférieurs qu'au niveau du tiers supérieur du muscle, plus marquée aussi dans les parties profondes que dans les parties superficielles. Aux points les plus malades, le tissu fibreux a étouffé les fibres musculaires; dans les autres points, celles-ci ont persisté et ne présentent aucune altération qualitative.

« S'il est facile, dit M. Kirmisson, dans son magistral *Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale*, d'analyser les symptômes du torticolis; si même, grâce aux interventions à ciel ouvert, on a pu de nos jours faire d'une manière assez complète l'anatomie pathologique, il est beaucoup plus difficile de se rendre compte de la pathogénie véritable de cette malformation. L'étude de la question appelle une longue discussion; deux théories sont en présence : les uns voient dans le torticolis une malformation primitive, comparable au pied bot, à la luxation congénitale de la hanche; pour d'autres, au

contraire, le torticolis ne serait pas, à proprement parler, une malformation congénitale. Il se produirait seulement après la naissance comme conséquence d'un traumatisme subi au moment même de l'accouchement. Cette dernière opinion est celle qui a été défendue par Stromeyer. Pour la soutenir, on a fait remarquer que le torticolis ne s'observait jamais au moment même de la naissance. M. Guyon rappelle à ce propos que dans la statistique de M. Chaussier à la Maternité, portant sur cinq années et comprenant 23,293 enfants, il ne s'est pas trouvé un seul cas de torticolis constaté au moment même de la naissance. Force est donc de conclure que c'est ultérieurement, comme suite d'un traumatisme subi au moment de l'accouchement, que s'est produite la rétraction fibreuse du muscle. On a incriminé l'application du forceps (Dieffenbach), mais il a été facile de faire observer que le forceps ne doit pas porter sur la région cervicale et par suite ne saurait produire une lésion du sterno-cleïdo-mastoïdien. Du reste, dans l'immense majorité des cas, l'accouchement ne s'est pas fait par la tête, il n'y a pas eu d'application de forceps; il s'est agi d'accouchements par le siège et souvent le travail a été long et pénible. On a pensé que les tractions exercées sur le tronc pour dégager la tête avaient déterminé des ruptures, et on a invoqué à l'appui les tumeurs sanguines ou hématomes qu'on observe parfois dans l'épaisseur du sterno-mastoïdien. Nous sommes ainsi appelés à discuter les rapports qui existent entre les hématomes du sterno-mastoïdien et le torticolis. Rien ne semble plus simple tout d'abord que ces rapports! Que les tractions se soient produites dans le cours d'une application de forceps faite sur la tête, ou mieux qu'elles aient

porté sur le tronc dans un accouchement par le siège, il y a rupture du muscle, par suite épanchement d'une certaine quantité de sang dans son intérieur et formation d'une tumeur sanguine ou hématome. Plus tard, le sang épanché se résorbe, le muscle rompu se répare; mais la réparation ne se fait pas sans la production d'une quantité plus ou moins abondante de tissu fibreux, jouissant de la rétractilité propre à tous les tissus de cicatrice; de là, la rétraction, le raccourcissement du muscle qui amène à la suite le torticolis. Ainsi exposée, la théorie semble à l'abri de tout reproche.

« Elle a été pourtant, dans ces dernières années, battue en brèche par Petersen dans deux mémoires successifs. Tout d'abord, il s'en faut de beaucoup, a-t-on dit, que dans tous les cas de torticolis, on ait noté un accouchement long et difficile. D'autre part, alors même qu'il s'est montré un hématome du sterno-mastoïdien après la naissance, on ne voit pas toujours un torticolis faire suite à cette tumeur sanguine du muscle. Ainsi formulée, cette double proposition ne saurait être contestée. » M. Kirmisson dit qu'il lui est arrivé de voir deux fois au moins à sa consultation des Enfants assistés, des enfants porteurs d'hématome du sterno-mastoïdien. Un an après, il a fait prendre de leurs nouvelles, ils étaient guéris de leur tumeur, et l'on n'avait pas vu se produire la rétraction du muscle. « Mais à côté de ces faits, continue M. Kirmisson, il en est d'autres, non moins bien observés, dans lesquels le torticolis a succédé plus ou moins tardivement à l'hématome du sterno-mastoïdien. Volkmann a pu citer deux cas de cette nature. Schulthess a publié en 1887 une autopsie fort intéressante : il s'agit d'une enfant de

5 ans qui avait été mise au monde à l'aide du forceps; une tuméfaction du sterno-mastoïdien droit s'était produite peu après la naissance; or, on trouve à l'examen microscopique une dégénérescence fibreuse complète du chef cléido-mastoïdien. Nous-même, avons pu recueillir une observation semblable chez un petit malade de la ville, que nous avons opéré l'année dernière. Il s'agissait d'un petit garçon de 4 ans et demi qui présentait un torticolis du sterno-mastoïdien droit avec un léger degré d'asymétrie faciale. La mère de l'enfant m'a dit qu'il était né par le siège; cependant l'accouchement a été rapide et facile. A la naissance, il existait à la partie moyenne du sterno-mastoïdien droit une tumeur qui a disparu seulement au bout d'une année. Vers l'âge de 2 ans et demi, il avait déjà une déviation, puisque à cette époque on lui a fait porter un collier qui, du reste, n'a pas donné de résultat.

Ainsi, il est certainement des cas dans lesquels la rétraction musculaire a succédé à un hématome du muscle. Les raisonnements théoriques de Petersen ne sauraient rien prouver contre des faits bien observés.

D'après lui, la rupture complète devrait produire un allongement et non la rétraction du muscle. Il en serait ainsi évidemment si, à la suite de la rupture, il n'y avait pas de réparation et que les deux bouts restassent écartés l'un de l'autre; mais si, au contraire, la réparation se fait par un tissu cicatriciel, celui-ci, en se rétractant, déterminera le raccourcissement du muscle, et, par suite, la difformité. Du reste, la preuve a été faite pour d'autres muscles; moi-même, j'ai cité autrefois le cas d'un jeune homme de dix-neuf ans hémophile, qui, à la suite d'un

hématome des jumeaux. avait eu la rétraction du triceps et, par suite, un pied *bot varus equin*. Lovett a publié un cas où il a vu le torticolis succéder à l'hématome du sterno-mastoïdien. Il s'agit d'un enfant de six semaines, né à terme et facilement, qui présentait une tumeur située dans la gaine du sterno-mastoïdien du côté gauche, grosse comme une noisette. Le muscle est légèrement contracturé, la tête peut être ramenée dans la rectitude, mais on n'arrive pas à l'y maintenir. On ne fit pas de traitement spécial. Au bout de deux mois la tumeur était grosse comme une petite cerise. Deux ans plus tard, l'enfant est revu porteur d'un torticolis classique avec asymétrie faciale; la tumeur avait disparu. Spencer a aussi publié un travail qui vient à l'appui des relations existant entre l'hématome du sterno-mastoïdien et le torticolis. Il a pu observer 15 cas d'hématome du sterno-mastoïdien, dont deux étudiés histologiquement. L'hémorragie siégeait dans les deux tiers supérieurs et antérieurs de la gaine du muscle; la tumeur a une consistance fermée; au microscope, le tissu conjonctif interfasciculaire est infiltré.

« A la suite de cet accident, dit l'auteur, il se forme des bandelettes fibreuses qui peuvent être la cause du torticolis. A tous les faits précédents, nous ajouterons encore l'assertion émise par Karewski qui dit avoir vu trois fois le torticolis se développer dans le cours du premier mois, à la suite d'un hématome du sterno-mastoïdien. Nous résumerons cette longue discussion en disant que rien n'est plus rare que de voir le torticolis exister au moment de la naissance; d'autre part, il y a des faits certains dans lesquels la déformation a succédé à un hématome du muscle. La théorie de Stromeyer sur l'origine

obstétricale du torticolis paraît donc la mieux fondée. Mais, à côté de ces faits, il ne faut pas oublier les observations exceptionnelles rapportées par Petersen et par Meinhardt Schmidt, où l'on a vu le torticolis et l'asymétrie crânio-faciale exister au moment même de la naissance. Ces derniers faits, toutefois, semblent bien être exceptionnels ; pour les expliquer, on invoque une attitude vicieuse de la tête pendant la vie intra-utérine. Pour Petersen, cette attitude vicieuse remonterait aux premiers temps de la vie intra-utérine et serait attribuable à des anomalies de l'amnios analogues à celles qu'on invoque dans la production des difformités congénitales des membres. Quoi qu'il en soit, la pathologie du torticolis congénital ne peut être considérée comme définitivement établie. »

OBSERVATIONS

I. Aplatissement et asymétrie de la tête fœtale.

Observation I, recueillie par MM. Bonnaire et Schwaab.

Présentation du siège décomplété mode des fesses en SIDA.

Accouchement spontané aplatissement du pariétal antérieur.

Mme Br..., secondipare, accouchée le 5 juin 1899 à l'hôpital Lariboisière. Accouchement actuel terme 7 mois 1/2. Siège engagé en SIDA.

Bassin normal.

Durée du travail : 12 h. 40.

Durée de l'expulsion : 10 minutes.

Accouchement spontané.

Poids de l'enfant : 1,840 grammes.

On constate après l'accouchement, au niveau de la tête, un aplatissement de la partie postérieure du pariétal droit.

Observation II, recueillie par MM. Bonnaire et Schwaab.

Accouchement spontané, siège décomplété mode des fesses ; aplatissement de la partie postérieure et supérieure du pariétal antérieur.

Enfant X, mère primipare, bassin normal, terme 8 mois 1/2.

Présentation en SIGA.

Durée du travail : 9 h. 3/4

Période d'expulsion : 3/4 d'heure.
Accouchement spontané.
Poids de l'enfant : 2,760 grammes.

OF.	11.2
OM.	11,8
BP.	9
BT.	7
SoB.	9

L'enfant présente un aplatissement au niveau de la partie postéro-supérieure du pariétal gauche. La bosse pariétale gauche est sensiblement plus basse que la droite; mais les deux bosses pariétales sont dans le même plan transversal.

Observation III, recueillie par MM. Bonnaire et Schwaab.

Aplatissement de la moitié postérieure du pariétal gauche.

Enfant Gat..., né à l'hôpital Tenon, le 8 avril 1897.
Femme primipare de 21 ans.
Bassin normal, grossesse à terme.
Durée du travail : 13 h. 1/4.
Présentation du siège complet en SIGA.
Durée de l'expulsion : 1/4 d'heure.
Relèvement et abaissement des bras.
Expression sur la tête dernière.

Enfant né en état d'asphyxie blanche ranimée après 25 minutes. Couveuse. Les jours suivants, il eut des convulsions, 3 jours après l'accouchement, d'abord localisées sur la face, puis généralisées. Il guérit au bout de 3 ou 4 jours.

Poids de l'enfant : 3,100 grammes.

La moitié postérieure du pariétal gauche est plus aplatie. Aspect brachycéphale.

La bosse pariétale gauche est plus saillante que la

droite, mais à peine déviée en avant du plan latéral de l'enfant.

On voit nettement que c'est la paroi antérieure du fond de l'utérus qui a causé la pression.

OF.	10,5
OM.	12,5
BP.	10
BT.	7.5
SoB.	9.5

Observation IV, recueillie par MM. Bonnaire et Schwaab.

Aplatissement de la partie postérieure du pariétal antérieur.

Hôpital Lariboisière, n° 1141, 10 décembre 1900.

Accouchement spontané à terme. Siège décomplété mode des fesses. Primitif en D.

Mme Marie L, primipare.

Accouchement à terme, bassin normal.

Siège engagé mode des fesses en SIDA.

Durée du travail : 12 heures.

Pas de renseignements sur la durée totale d'expulsion ni sur le liquide amniotique.

Poids de l'enfant : 2,950 grammes. Bon état.

OM,	13
OF,	11,5
SoB,	10,8
SoF,	10,5
BP,	9,5
BT,	8,6
SMB,	11,6

La moitié postérieure du pariétal droit est aplatie. La bosse pariétale droite est plus saillante que la gauche.

Observation V, recueillie par MM. Bonnaire et Schwaab.

Aplatissement du pariétal antérieur.

M^me^ M. A..., 35 ans, accouchée à la clinique Tarnier. Siège décomplété mode des fesses.

Femme tertipare, accouchée le 5 octobre 1900. Bassin normal.

Poids de l'enfant : 3.420 grammes; né étonné, mais ranimé rapidement.

OM,	13
OF,	12
SoB,	10
BP,	10
PT,	8

Position en SIGA. Manœuvre de Moriceau facile.

Durée du travail : 6 h. 15.

Durée de l'expulsion 45 minutes.

Aplatissement du pariétal gauche. La pointe de l'occipital est saillante.

Observation VI.

Observation du docteur Dubrisay. Sur un cas de grossesse extramembraneuse. (Société obstétricale de Paris, 16 février 1899.)

Accouchement prématuré à 7 mois. Enfant vivant, 1,645 grammes.

Hydrorrhée depuis le quatrième mois. Siège profondément engagé mode des fesses en SIDP.

Accouchement rapide, manœuvre de Mauriceau facile.

Cet enfant ne présente pas de malformation. Il y a un simple aplatissement au niveau du pariétal antérieur (pariétal droit). La pression de la paroi utérine ne porte pas invariablement sur le pariétal antérieur. Dans la détermination des points de contact continu, tout doit dépendre de l'attitude dans laquelle la tête fœtale s'incline et se trouve maintenue inclinée sur le tronc.

C'est ainsi que dans l'observation suivante, recueillie à Lariboisière, on note un aplatissement du pariétal postérieur. Il y avait, en ce cas, refoulement en avant de la bosse pariétale correspondante et la tête était inclinée sur l'épaule orientée en avant. Ici, c'est la paroi postérieure du fond de l'utérus qui a refoulé la tête en avant, en la fléchissant de côté sur l'épaule antérieure, et qui a aplati la partie postérieure du pariétal directement comprimé en arrière.

Observation VII.

Accouchement prématuré de 8 mois.

Présentation du siège complet en SIGA. Manœuvre de Mauriceau. Aplatissement du pariétal postérieur.

Mme F..., accouchée à Lariboisière le 21 juin 1899, tertipare, accouchement actuel à 8 mois.

Présentation du siège complet en SIGA.

A la dilatation complète, le siège s'engage et est expulsé facilement.

Manœuvre de Mauriceau facile,

Enfant né étonné, rapidement ranimé.

Période d'expulsion : 20 minutes.

Poids de l'enfant : 2,500 grammes.

Mesure de la tête :

OM,	11,5
OF.	10
SoB,	8,5
BP.	8
BT.	6,5

La tête a une forme brachycéphale.

Il existe un méplat occupant la partie postérieure du pariétal droit. Les deux bosses pariétales ne sont pas sur un même plan horizontal. De plus, le pariétal droit est refoulé d'arrière en avant par rapport à l'autre. La tête est inclinée sur l'épaule gauche, et l'enfant doit avoir eu dans l'utérus une attitude voisine de celle du torticolis. Mais il n'existe pas de rétraction du muscle sterno-cléido-mastoïdien.

Observation VIII.

Aplatissement du pariétal antérieur.

Mme H.... 22 ans, accouchée à la maternité de l'hôpital Saint-Antoine en décembre 1902. Siège décomplété mode des fesses. Parle palper, on trouve le dos à gauche, la tête fœtale ballotte très difficilement à droite, les petits membres sont à gauche. Le diagnostic de siège décomplété, mode des fesses s'impose. Le siège se dégage progressivement, anse du cordon

OM,	12,6
OF,	11,8
SoB,	9,7
SoF,	11
BIP,	8,4
BIT,	7,5
SMB,	9,7

Peu de liquide amniotique; dégagement des pieds. Abaissement du fœtus pour le dégagement de l'épaule antérieure. Le fœtus est relevé afin de dégager l'épaule postérieure, la tête se dégage seule. Enfant vivant, du poids de 2,900 grammes.

Observation IX. Personnelle.

12 novembre 1904. Mme V...

Primipare, terme 8 mois 1/2.

SIGA, siège décomplété mode des fesses, dégagement facile du siège et des membres inférieurs; anse du cordon. L'extraction de la tête est rendue difficile par sa déflexion. Durée totale du travail : 13 heures. Période d'expulsion : 3/4 d'heure. C'est une petite fille vivante du poids de 2.430 grammes.

OM,	12,3
OF,	10,2
SoB,	9,8
SoF,	11,1
BIP,	9,4
BIT,	7,9
SMB,	10,8

C'est avec peine qu'on arrive à trouver la bouche qui est au-dessus de la symphyse pubienne; enfin, après quelques tentatives de flexion et d'expression, on arrive à l'extraire. L'enfant naît en état de mort apparente, il est ranimé au bout de deux minutes environ à l'aide de frictions et d'un bain chaud. L'enfant présente une dépression du pariétal droit.

Observation X, tirée des Mémoires de M^me^ Lachapelle.

Pratique des accouchements n° XXV. Position du pied gauche, accouchement artificiel, dépression du pariétal.

M^me^ J. Lec..., âgée de 32 ans, enceinte pour la deuxième fois et à terme, arrivée à l'hospice le 18 thermidor à 7 heures du soir, ressentant les premières douleurs puerpérales.

Cette femme avait fait plusieurs chutes pendant sa grossesse, la dernière précéda de six jours l'époque de l'accouchement. Les accidents furent prévenus par l'emploi de la saignée. A son arrivée, l'orifice avait huit lignes de diamètre; les bords en étaient souples et minces. Les membranes paraissaient contenir beaucoup d'eau et le fœtus extrêmement mobile ne présentait que des membres dont le contact fugitif était insuffisant pour permettre de porter un diagnostic sûr; pendant la nuit, contractions très faibles (bains tièdes); le matin, les douleurs augmentent; la dilatation s'achève, les membranes bombent avec force. Dans un [moment d'inertie, je touchai une main, puis la tête, puis les pieds et puis, absolument rien.....

La tête, quoique dirigée transversalement, nous fit éprouver beaucoup de difficulté dans son extraction, soit que le bassin fût un peu vicié, soit que nos efforts ne fussent pas absolument dirigés suivant l'axe du détroit supérieur. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'après la naissance du fœtus, nous trouvâmes une dépression considérable au pariétal, droit, lequel avait appuyé sur l'angle sacro-vertébral.

Malgré cette lésion, l'enfant fut tiré de l'état de mort

apparente dans lequel il était à sa naissance; non seulement il survécut, mais encore la dépression se dissipa et à peine était-elle visible 15 jours plus tard.

La mère n'éprouva pas le moindre accident à la suite d'un accouchement aussi pénible et d'une grossesse aussi fâcheuse. »

. . . . . .

Cet enfant a présenté une particularité bien intéressante, c'est cette dépression du pariétal occasionnée par la saillie sacro-vertébrale, qui se dissipa sans avoir produit aucun accident. Ce fait prouve que c'est moins la compression du crâne que le refoulement du sang dans les vaisseaux de la tête qui produit l'asphyxie apoplectique, les convulsions, etc., etc.

Ici, le refoulement n'a pas été assez considérable pour produire un épanchement, la dépression a bien produit l'asphyxie mais une asphyxie passagère. Quant au redressement de l'os déprimé, c'est un phénomène bien remarquable sans doute, mais qui ne doit pas étonner; on sait quels effets surprenants peuvent produire des efforts lents et faibles, mais continuels; l'expansion et le soulèvement perpétuel de l'encéphale suffisent bien pour produire ce changement auquel se prêtent d'ailleurs fort aisément les fibres osseuses, dont l'élasticité n'est pas toujours complètement détruite, car il est rare qu'il y ait en pareil cas fracture complète, c'est-à-dire avec fragments tout à fait séparés.

II. — Dolichocéphalie.

Observations I et II de Hecker dans les Archives de Gynécologie, *p.* 348, *année* 1875.

1° La première tête appartient à un enfant du sexe féminin qui est né par une présentation du siège le 14 janvier 1875. La mère était une primipare de 19 ans, la taille était de 45 centimètres, la circonférence de la tête de 30 centimètres. L'enfant mourut de faiblesse 16 heures

après la naissance. La tête donnait l'impression d'une tête dolichocéphale ;

2° La deuxième tête appartenant à un enfant mort-né d'une multipare. On n'a déterminé ni le poids ni la longueur, mais il suffit de dire que l'enfant était arrivé à son développement normal.

Le crâne de cet enfant présentait le type dolichocéphale.

	1er enfant.	2e enfant.
Poids du crâne	30 grammes	70 grammes.
Circonférence de la tête	27,4	32,4
Diamètre diagonal	10	12,4
Diamètre droit	9,5	11
Diamètre oblique antérieur	5,5	6
Diamètre oblique postérieur	7,5	9
Diamètre perpendiculaire	6,3	7,5
Longueur de la suture sagittale	6	7
Longueur du bord coronal d'un os pariétal	6	6
Bras de levier antérieur	5.5	6,5
Bras de levier postérieur	4,5	5,5
Ouverture de l'angle de l'apophyse mastoïde	128°	120°

Observation III, recueillie au service de M. Bar, à l'hôpital Saint-Louis, le 26 *novembre* 1894.

La mère était une secondipare dont la première grossesse s'était terminée à 8 mois par l'expulsion d'un enfant vivant. Les débuts de la grossesse avaient été marqués par des vomissements. A partir du 6e mois, il y avait eu des métrorrhagies légères, mais la grossesse semblait devoir bien se continuer, quand, 3 semaines avant l'accouchement, l'utérus grossit avec une grande rapidité : il y avait de l'hydramnios. Celle-ci était assez considérable, puisque nous avons recueilli et pesé 2.300 grammes de liquide amniotique. Je dirai rapidement les particularités de l'accouchement qui, pour intéressantes qu'elles soient, ne touchent qu'indirectement au sujet qui nous occupe. L'enfant se présentait par le siège en SIDP, mode des fesses; le siège se dégagea en position transverse, j'abais-

sai le bras antérieur, puis le postérieur; je tentai de faire tourner la tête, j'y réussis, mais j'éprouvai de grandes difficultés pour la dégager. Pour aboutir, je dus relever le tronc fœtal jusqu'à le mettre en contact avec le ventre de la mère. L'enfant était vivant et succomba au bout de 3 jours. Dès sa naissance, il avait une attitude singulière et qui avait fait qualifier cet enfant par mes élèves de « maître à danser ». Cette attitude d'hyperextension de la tête et de la colonne vertébrale explique les difficultés que j'avais éprouvées pendant l'extraction de l'enfant. Oublions-la, oublions les malformations multiples que présentait l'enfant, ses pieds bots, les traces de spina-bifida qui existaient à la légion lombaire, et ne considérons que la tête; elle était franchement dolichocéphale. Mais ici, les dimensions transversales étaient normales et les dimensions verticales n'étaient pas diminuées; les diamètres de la tête étaient, en effet, les suivants :

Le diamètre bipariétal mesurait 9,6.
Le diamètre bitemporal mesurait 7,8.
Le diamètre occipito-frontal mesurait 12,5.

Voilà donc un exemple de dolichocéphalie relative par allongement des dimensions antéro-postérieures du crâne avec conservation des dimensions transversales et sans aplatissement de la tête.

Observation IV.

Cas de M. Bar où la dolichocéphalie était pour la plus grande partie due à un aplatissement des diamètres transversaux, aussi bien de ceux de la voûte que de ceux de la base.

L'enfant était né par le siège à l'hôpital Saint-Louis; il y avait de l'oligohydramnie. Oublions les malformations qui siègent sur les membres, ne considérons que la tête et ne regardons que le rapport qui existe entre les dimensions antéro-postérieures et les dimensions transversales:

celles-ci apparaissent comme étant singulièrement réduites: le diamètre bipariétal mesure 7 centimètres et demi, le diamètre bitemporal 7 centimètres; ils sont donc inférieurs à la normale, surtout si on considère que l'enfant était à terme. Les dimensions antéro-postérieures sont, au contraire, agrandies : le diamètre OF mesure, en effet, 12 centimètres. Voilà un exemple de dolichocéphalie par accroissement des dimensions antéro-postérieures, mais aussi par diminution des dimensions transversales aussi bien de la base que de la voûte. De ces deux variétés de dolichocéphalie, je n'étudierai pas la seconde qui est assez rare, son étude nous entraînerait trop loin de notre sujet, je me borne à la signaler et je ne m'occuperai que de la première.

Observation V.

Observation de M. Dubrisay, rapportée par M. Bar. Elle décrit le cas d'un enfant qui naquit à la clinique Tarnier, le 15 mars 1896.

De l'observation qu'a bien voulu rédiger M. Dubrisay, il résulte que la mère était un principau terme, que la quantité de liquide amniotique paraissait normale, que le bassin n'était pas vicié. L'enfant qui pesait à sa naissance 2,550 grammes se présentait par le siège mode des fesses en SIGA. L'accouchement s'était fait sans difficulté. Les diamètres étaient les suivants :

OF,	11
OM,	11,4
SoB,	9
BiP,	9
BiT,	7

La tête était donc dolichocéphale.

Il semble qu'il y ait un aplatissement de la partie postérieure des pariétaux, mais surtout de la partie postérieure de l'écaille de l'occipital, d'où report de la bosse occipitale, en arrière.. Les diamètres OM SoB se sont, dès lors, amoindris, tandis que le diamètre OF s'agrandissait

et que le diamètre BiP conservait des dimensions sensiblement normales. Dans ce cas, la déformation portait seulement sur la voûte, elle était comme dans le cas précédent, presque régulière. On observait seulement un très léger aplatissement du pariétal gauche dans sa partie postérieure. Il y avait dolichocéphalie. Il est possible que la tête ait été primitivement dolichocéphale et que l'attitude du fœtus pendant la vie intra-utérine n'ait joué aucun rôle dans la genèse de cette forme particulière de la tête. Cependant, l'aplatissement léger il est vrai, mais réel que j'ai constaté sur le pariétal gauche, me donne à penser que l'action compressive qui a produit cette déformation a été un facteur incontestable de cette dolichocéphalie.

Observation VI.

Observation de M. Bar.

La dolichocéphalie peut ne pas être légère dans la présentation du siège. Parfois elle est si marquée qu'on ne peut s'empêcher de penser à la forme de la tête qui est habituelle dans les présentations de la face. On sait ce qu'est la forme du crâne dans ce cas : l'allongement des dimensions antéro-postérieures est surtout dû à un aplatissement des dimensions verticales du crâne dont la région occipitale se trouve fortement reportée en arrière. Comme exemple de cette déformation typique de la tête, nous citerons le cas suivant : la mère de l'enfant était une primipare qui était entrée dans mon service de l'hôpital Saint-Antoine avec une présentation du siège en SIGA. On avait tenté en vain de pratiquer la version par manœuvres externes. La forme cylindrique de l'utérus, l'étroite application des parois latérales de cet organe sur le tronc fœtal, la fixation de la tête dans la corne utérine s'étaient opposées à l'évolution du fœtus. L'enfant naquit donc par le siège. Or, voyez la forme de la tête, les diamètres sont les suivants :

OM,	13
OF,	12,9
SoB.	10
SoF,	11
BiP,	9,7
BiT,	8,9
SMBr,	9,2

L'allongement du diamètre OF est bien plus marqué qu'il ne l'était dans les cas précédents et on pourrait croire qu'il appartient à un enfant né par la face. Un examen attentif permet cependant de saisir certaines différences entre la forme des deux têtes. Dans les deux cas, il y a aplatissement vertical du crâne, et étalement pour ainsi dire des dimensions longitudinales.

Mais dans le cas de présentation de la face, la tête a été laminée; si l'aplatissement a porté essentiellement sur la région occipitale, il n'a pas épargné les parties antérieures : le bregma est aplati, le front s'est effacé.

Dans le cas qui nous occupe, le bregma est saillant, le front est relativement bombé. La tête n'a pas été laminée, elle a été aplatie, et l'aplatissement n'a guère porté que sur la région postérieure du crâne. Il y a donc dolichocéphalie analogue, mais non identique, à celle qu'on observe dans le cas de présentation de la face.

Elle a ici une physionomie spéciale. La partie postérieure du pariétal gauche était plus aplatie que la région analogue du pariétal droit.

Observation VII, recueillie par MM. Bonnaire et Schwaab.

Mme B..., âgée de 19 ans et demi primipare bassin normal, accouchement à terme.

Présentation du siège mode des fesses en SIGA. Travail long de 74 h. 3/4.

Applications de forceps sur la dernière au détroit inférieur. Enfant de 3,030 grammes.

Diamètres de la tête fœtale à la naissance.

OM	13
OF	17
SoB	10.5
BP	9.5
BT	8.4

La forme de la tête est tout à fait particulière. Elle est dolichocéphale et son aspect est d'une tête venue en présentation de front. La région fronto-bregmatique forme une saillie prononcée. De la naissance du nez jusqu'à deux travers de doigt en arrière de bregma, la courbure de la tête est forte et régulière. Puis, brusquement, la tête devient fuyante en bas et en arrière; elle est aplatie au niveau des deux tiers postérieurs des pariétaux.

Ce méplat existe jusqu'à 1 centimètre en arrière de la fontanelle postérieure.

L'écaille de l'occipital est refoulée en bas et en arrière et forme un bec saillant un peu au-dessous de la fontanelle postérieure. Les deux frontaux chevauchent sous les bords antérieurs des pariétaux.

Observation VIII, recueillie par MM. Bonnaire et Schwaab.

Femme X..., éclamptique. Accouchée à la clinique Tarnin le 16 janvier 1900. Femme primipare.

Présentation du siège mode des fesses SIGA; bassin normal.

Durée du travail : 13 h. 20.

Extraction en 35 minutes. Manœuvre de Mauriceau facile. Enfant de 3,350 grammmes.

OF	11,2
OM	12,7
SoB	9,5
BP	9
BT	8

De la saillie occipitale au front..	11,5
— — au menton. . .	13,5

Forme de la tête dolichocéphale allongée d'avant en arrière.

La région frontale est saillante et bombée.

En arrière de la bosse pariétale, la tête fuit brusquement en bas et en arrière.

L'écaille occipitale est refoulée en bas et forme une convexité plus prononcée que normalement. La tête, de plus, est asymétrique.

L'aplatissement est plus marqué au niveau de la partie postérieure du pariétal droit.

Dans ces deux derniers cas, il s'agit de présentation du siège mode des fesses, observée chez les primipares. Dans les deux faits, le travail a duré longtemps, 13 h. 20 dans l'un et 74 heures dans l'autre. Les contractions énergiques et prolongées du travail ont donc contribué sans nul doute ici à déformer la tête et à compléter l'action de la pression utérine, déjà commencée au cours de la grossesse chez des primipares dont le muscle utérin était fortement appliqué sur le fœtus.

La situation de la tête *in utero* était sans doute telle que la moitié postérieure du crâne était exposée à l'action compressive du fond de l'organe gestateur. Il n'est pas déraisonnable d'admettre à titre d'hypothèse que ce segment du crâne se trouvait en quelque sorte enclavé comme dans un nid formé par la paroi utérine.

Déformations dans l'oligo-hydramnie.

Observation I. tirée de la thèse inaugurale de M. Budin.

De la tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique, *Paris*. 1876.

Présentation du siège, déformation de la tête du fœtus constatée au moment de l'accouchement. La nommée Bougnet, enceinte pour la 4e fois, accouche à la Maternité le 23 décembre 1872. Dernière apparition des règles du 27 au 30 avril.

Présentation de l'extrémité pelvienne ou FIDP. Fille née vivante pesant 2.765 grammes. Longueur totale du corps : 45 centimètres. Diamètres de la tête : occipito-frontal, 11 centimètres : occipito-mentonnier, 12.5 centimètres : biparié-tal, 8.5 centimètres : sous-occipito-bregmatique, 8,5 centimètres. Aussitôt après l'extraction de l'enfant, on remarque que la tête demeurait penchée à gauche, s'appliquant exactement sur l'épaule de ce côté.

Lorsqu'on excitait l'enfant, il arrivait cependant à la replacer dans la position normale. La face latérale gauche de la tête avait dans son ensemble un aspect réniforme : la convexité du rein répondait à la périphérie du crâne au vertex ; la concavité était limitée par le bord inférieur de la mâchoire en avant et par l'occipital en arrière ; le hile existait au niveau de l'oreille. En bas et en avant de l'oreille, en arrière de la branche postérieure du maxillaire inférieur, existait une dépression, un enfoncement assez profond qui correspondait au sommet de l'acromion et le recevait exactement. L'oreille gauche était aplatie, mais au niveau du bord supérieur une portion de l'hélix dépassait l'épaule. Cette partie était gonflée, légèrement violacée,

œdémateuse, formant là un petit lobule arrondi dont l'aspect tranchait sur l'aplatissement du reste de l'oreille. L'ensemble de ce côté de la tête était donc ovalaire, à grands diamètres antéro-postérieurs. De plus il était concave et le sommet de la concavité, qui était représenté par le hile, correspondait à l'oreille. Le côté droit au contraire était très régulièrement convexe, et la partie la plus saillante de la convexité répondait à l'oreille droite.

Observation II, observation de Peters de Paramaribo. in Centralblatt für Gynækologie, 1890.

Nous notons dans l'observation :

1° L'accouchement a lieu comme dans un accouchement précipité ;

2° Que l'enfant est né avec les jambes étendues sur le ventre ;

3° Qu'il y avait très peu de liquide amniotique.

L'enfant a le volume ordinaire de ceux qui naissent dans les Indes anglaises. Il pesait $2^{kg}.300$ et avait une longueur de 44 centimètres. Il n'y a de malformations qu'à la tête et aux extrémités. On avait cette impression, en regardant la tête, qu'elle avait été gênée dans son développement normal, et comprimée du fond vers la base.

Les deux jambes restaient comme à la naissance étendues le long du ventre et se fléchissaient de nouveau dès qu'on les allongeait. Dans cette position, les fléchisseurs n'étaient pas tendus ; de sorte qu'on ne peut considérer leur raccourcissement comme étant la cause de cette position.

Le genou droit était normal, le gauche ne pouvait se plier qu'à 90°.

Observation III, tirée des Affections Congénitales, *de MM. Lannelongue et Ménard.*

Déformation du crâne par compression intra-utérine. H..., garçon de 6 ans.

Pendant les premiers jours qui ont suivi la naissance, cet enfant prenait spontanément une attitude particulière, caractérisée par une inflexion de la partie supérieure du tronc sur la partie inférieure, de telle sorte que le ventre faisait saillie à droite. « Son ventre se portait à droite, » dit la grand'mère, qui avait été frappée de cette particularité. On n'a jamais aperçu sur la face ni ailleurs aucune anomalie. Cependant on voit actuellement une différence notable de développement entre les deux moitiés de la face; la joue gauche est beaucoup moins saillante que la droite; le sourcil est plus court, la fente palpébrale un peu moins longue. La bosse frontale gauche est moins proéminente que celle du côté opposé.

Il n'y a cependant pas de traces de torticolis. On ne trouve aucune différence sensible entre les deux membres inférieurs. L'épaule droite est le siège d'une altération ancienne.

Les mouvements d'abduction et de rotation sont limités. Ils sont très faciles et non douloureux dans une certaine étendue, au delà de laquelle on éprouve une résistance absolue, comme si l'humérus était arrêté par une bande fibreuse très solide. Le deltoïde et les muscles du bras droit sont atrophiés. Les parents attribuent cette altération à un accident traumatique survenu à deux ans. L'enfant serait tombé à cet âge et l'épaule aurait porté sur le brancard d'une brouette.

Observation IV. Aplatissement du crâne par compression intra-utérine. Idiotie.

Edouard F..., âgé de 7 ans, entre à l'hôpital Trousseau le 12 novembre 1890. La grand'mère paternelle de cet enfant a eu un fils qui ne parlait pas, ce qu'elle avait attribué à une frayeur qu'elle avait eue au deuxième mois de sa grossesse. La mère a eu un premier enfant qui est mort à deux mois de la rougeole; le petit malade est le

second. La grossesse a été normale, cependant l'accouchement serait arrivé vingt jours avant terme. Il s'est fait naturellement, mais a duré longtemps.

Dès les premières semaines après la naissance, la mère s'est aperçue que son enfant ne prêtait aucune attention à ce qu'on lui disait. Il n'a pu tenir la tête droite, jusqu'à 18 mois: elle penchait sur l'un des côtés. Actuellement, l'enfant est bien constitué et vigoureux pour son âge, la joue gauche est un peu atrophiée. La physionomie a une expression vague d'idiotie: la bouche est entr'ouverte, les yeux sont hagards avec un léger strabisme, le crâne est très aplati dans la région fronto-pariétale gauche, et dans la région occipito-pariétale droite. Ces deux aplatissements sont situés aux deux extrémités d'un même diamètre.

L'enfant est dans un état d'agitation, presque perpétuelle, grinçant des dents et s'emparant nerveusement des objets qui sont à sa portée. Il ne marche que depuis un an, encore faut-il qu'il soit tenu par la main, il traîne un peu la jambe gauche. On est obligé de le faire manger, il ne parle pas et répète seulement quelques syllabes.

A la mensuration du crâne, on trouve que le diamètre oblique, allant de la bosse frontale gauche aplatie à la dépression occipitale droite, est de 147 millimètres, tandis que le diamètre opposé, allant de la bosse frontale droite à la région pariéto-occipitale gauche, est de 164 millimètres.

Au reste, le crâne n'est nullement celui d'un microcéphale.

Observation V, recueillie par M. Macé.

Enfant né dans le service de M. le professeur Budin, le 4 février 1901. Il pesait à sa naissance 2.450 grammes et son placenta 470 grammes. Pendant la grossesse, on ne remarqua rien de spécial: pendant le travail, on fut frappé par l'application exacte de l'utérus sur l'enfant, et par l'état de la poche des eaux qui était très plate. J'ai rompu

artificiellement cette poche des eaux; à la dilatation complète, il s'est écoulé excessivement peu de liquide.

Derrière l'enfant, après son expulsion, la quantité de liquide était aussi très modérée. Il y avait à n'en pas douter oligo amnios. Lorsque l'on examine cet enfant, on voit d'abord des sillons, des plis transversaux et verticaux, qui rident toute sa paroi abdominale; on constate un peu au dessous du pubis l'existence de deux petits bourgeons réunis par un pont d'apparence cicatricielle et l'on est frappé de l'état étalé de l'abdomen; le cordon plonge à travers la paroi abdominale, il n'existe pas de bourrelet cutané abdominal. Pour en finir avec la région inférieure de l'enfant, disons que l'enfant du sexe masculin présente une verge d'aspect bien développée et qu'il est atteint de cryptoschidie. Si l'on examine la face, on constate une asymétrie très prononcée qui à première vue fait penser à l'hémiatrophie. Le frontal gauche est aplati; le côté droit de la face est moins saillant que le gauche et reporté tout entier à gauche. Le maxillaire inférieur est bien asymétrique, la branche gauche est normalement développée, la branche droite présente une épaisseur normale, mais est déviée; sa face externe regarde, non pas franchement en dehors, mais en dehors et en haut. Rien du côté du front à droite, rien du côté des yeux. En examinant l'enfant quelques minutes après sa naissance, M. le professeur Budin se rendait très exactement compte de cette déviation; cette asymétrie de la face, du côté droit dans la partie inférieure, avait été produite par le moignon de l'épaule droite qui s'applique très exactement sur la partie moins développée de la face. La tête de l'enfant était donc dans l'utérus serrée entre l'épaule d'une part et d'autre part entre la paroi musculaire qui a laissé sur le frontal gauche la marque de son action.

Il ne s'agit pas ici d'hémiatrophie faciale, mais bien d'une déformation d'origine compressive, et vous savez que de telles déformations ne sont pas rares dans l'oligo-amnios.

Observation VI, communiquée par M. Bar dans le Bulletin de la Société obstétricale et gynécologique *de* 1891.

Note sur un fœtus né vivant qui avait été atteint de tumeur kystique des reins ayant entraîné une anurie absolue, de l'oligohydramnios consécutive à celle-ci, des malformations multiples.

La palpation ne permet pas de reconnaître quelle est la présentation. Les parois utérines tendues sont étroitement appliquées sur le fœtus. Au toucher, on reconnaît facilement une présentation du siège mode des fesses en SIDT. Le siège est bien engagé.

Il n'y a pas de poche des eaux, mais les membranes sont intactes. La malade affirme ne pas avoir perdu de liquide amniotique avant son entrée à l'hôpital. Après avoir reconnu par le toucher la présentation du siège, on cherche de nouveau si, à la palpation, on pouvait percevoir le ballottement céphalique; mais on ne peut y parvenir. L'enfant naît vivant. Les battements du cœur sont peu fréquents, mais forts. Les inspirations sont rares, puis diminuent peu à peu. L'enfant succombe trois quarts d'heure après sa naissance...

A ces déformations du tronc vient se joindre une attitude bizarre de la tête et des membres. C'est l'attitude qu'on observe dans la présentation du siège mode des fesses. La tête est renversée sur l'épaule droite, et la pression qu'elle exerçait sur cette région fœtale est telle que dans la région parotidienne se trouve une dépression correspondant à l'acromion qui venait s'y enfoncer. Par suite de la pression exercée sur elle, la face n'est pas symétrique, il semble qu'elle ait subi un mouvement de torsion autour de l'axe sagittal. L'oreille droite, l'œil de ce côté, la bosse frontale et pariétale du même côté, semblent plus élevés que les parties symétriques du côté opposé. Les membres supérieurs sont relevés, comme dans la présentation du siège mode des fesses. Mais, au lieu d'être situés de chaque côté du plan médius, ces deux membres

sont déviés vers la droite, et les deux pieds, qui sont deux pieds bots varus, s'appliquent par leur face plantaire, l'un sur la face, l'autre sur la région du pariétal du même côté.

On peut étendre facilement le membre inférieur du côté droit et le ramener dans une situation normale; mais il n'en est pas de même pour le membre inférieur du côté gauche : si l'on cherche à placer cette cuisse dans l'extension et surtout dans l'abduction, on est vite arrêté par les muscles adducteurs qui se tendent et semblent trop courts pour permettre ce mouvement.

Observation VII, observation de M. Bar à la clinique Tarnier.

L'enfant était né par le siège mode des fesses.

Il présentait une encéphalo-méningocèle située à la région occipitale. La masse herniée n'était pas très volumineuse, mais cet enfant présentait en outre deux reins polykystiques, et par suite, de l'anurie qui avait existé pendant la vie intra-utérine; il y avait eu de l'oligohydramnie. M. Demelin, alors chef de clinique, avait tenté à plusieurs reprises de transformer la présentation du siège en présentation du sommet, sans pouvoir y réussir, tant la paroi utérine était étroitement appliquée sur le fœtus. Je m'attendais à observer des anomalies de forme chez le fœtus. En effet, celui-ci présentait, outre une méningo-encéphalocèle, un grand aplatissement de la tête dans le sens transversal.

Cet aplatissement portait surtout sur la voûte, et les dimensions transversales de la base étaient presque normales. Du reste, les diamètres mesuraient :

Diamètre bitemporal.....	8
— occipito-frontal.....	12
— biparietal.....	6,5

Mais, pendant la vie, le menton avait été fortement

comprimé contre la face antérieure du thorax, et avait fait une dépression sur la face antérieure du sternum. La tête s'était inclinée sur l'épaule droite. Il y avait une dépression sensible sur la partie latérale droite du massif facial. En même temps, il y avait une scoliose des os de la base du crâne. L'oreille droite était repoussée en haut et en arrière, tandis que l'oreille gauche était en avant et en bas. L'asymétrie du crâne qui dérivait de ce déplacement en sens inverse des parties latérales de la base était, ici, d'autant plus sensible que l'existence de la poche herniaire avait diminué la résistance de l'encéphale.

A la coupe, la région frontale est asymétrique, le frontal droit est plus haut que le frontal gauche. Le rocher était beaucoup plus haut à droite qu'à gauche. L'asymétrie extérieure du crâne retentit donc manifestement sur la forme de la cavité cranienne, ce qui peut n'être pas indifférent pour le développement des centres nerveux encéphaliques.

Torticolis congénital.

Observation I. — Torticolis congénital par compression intra-utérine. Recueillie par MM. Lannelongue et Ménard.

Israël Klecokopper, âgé de 7 mois, est apporté à l'hôpital Trousseau le 18 juin 1888.

Cet enfant est atteint d'un torticolis congénital droit. La tête est inclinée sur l'épaule droite sans renversement en arrière; le menton est légèrement dévié à gauche. Le côté gauche du front est manifestement aplati. La bosse frontale gauche est beaucoup moins développée que la droite; elle est presque effacée. La joue gauche est également moins développée que la droite. La saillie de la protubérance occipitale est au contraire déviée à gauche, et la partie postérieure de la tête plus développée du côté gauche. Le nez a une direction oblique; son extrémité supérieure est déviée à droite. La ligne médiane de la face, au lieu d'être verticale et rectiligne, décrit une courbe à concavité droite.

L'enfant ne porte aucune autre difformité.

Observation II, rapportée par MM. Bonnaire et Schwaab dans le Bulletin de la Société d'obstétrique *de* 1900.

Grossesse gémellaire. Hématome du sterno-cléido-mastoïdien.

N° 547, hôpital Lariboisière, 19 avril 1900.

M^me^ Ley..., quintipare; accouchement actuel, terme 8 mois 1/2.

Bassin normal, liquide amniotique normal. Durée totale du travail : 16 heures.

Expulsion du premier : 30 minutes.

Premier jumeau siège mode des fesses. Poids de l'enfant: 4,580 grammes.

Deuxième jumeau présentation de l'épaule. Poids du deuxième enfant : 3,100 grammes.

Deux placentas dictincts, deux poches des eaux.

OM	15,3
OF	11,8
SoB	10
SoF	11,3
BP	9,6
BT	8,3
SMB	10,4

Inclinaison de la tête d'un côté avec asymétrie de la face correspondante du premier jumeau. L'enfant est ramené le vingtième jour dans le service pour un hématome du sterno-mastoïdien; l'asymétrie est moins marquée, mais persiste encore.

CONCLUSIONS

Nous dirons donc, en manière de conclusion, avec M. Bar :

1° Si, le plus souvent, les enfants nés par le siège sont des mésaticéphales ou des brachycéphales, il arrive fréquemment que ces enfants soient des dolichocéphales. Cette dolichocéphalie peut être originelle et n'avoir pas été influencée par l'attitude du fœtus dans la cavité utérine, ou bien elle peut être le résultat de cette attitude. Dans ce cas, elle est le résultat d'un aplatissement de la voûte s'exerçant dans le sens vertical; les diamètres longitudinaux se trouvent agrandis et la dolichocéphalie se trouve créée, bien que la longueur absolue des diamètres transversaux de la base ne soit pas diminuée;

2° La compression s'exerçant sur la voûte produit un aplatissement symétrique ou asymétrique. Quand l'aplatissement est asymétrique, il porte généralement sur la partie postérieure du pariétal qui était en avant et plus habituellement sur son angle postérieur et supérieur; cependant cet aplatissement asymétrique peut porter sur la partie antérieure du pariétal;

3° Les déformations de la tête sont généralement superficielles et n'atteignent que la voûte. Elles peuvent pourtant atteindre la base qui devient asymétrique. Une des oreilles se trouve reportée en haut, en avant ou en arrière, tandis que l'autre oreille se trouve déplacée en sens inverse. Ces déformations sont dues à la pression exercée par la paroi utérine sur la tête fœtale. Les déformations graves atteignant la base se rencontrent surtout quand il y a oligohydramnios.

BIBLIOGRAPHIE

Budin. — Thèse inaugurale. *De la tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique.*

Budin. — *Obstétrique et Gynécologie.* Paris, 1886, p. 76.

Bonnaire et Schwaab. — *Bulletin de la Société d'obstétrique.* Avril 1901.

Bar. — *Bulletin de la Société d'obstétrique.* Mai 1901.

Macé. — *Bulletin de la Société d'obstétrique,* 1901. p. 75.

Lachapelle. — *Pratique des accouchemens,* 1825.

Dubrisay. — *Bulletin de la Société d'obstétrique.*

Bar. — *Bulletin de la Société obstétricale et gynécologique.* Paris, 1891.

Peters. — *Centralblatt für Gynœkologie,* 1897. p. 56.

Bumm. — *Grundriss zum Studium der Geburtshilfe.*

Hecker. — *Archiv. für Gynœkologie,* 1877. Vol. 11, *uber den Schedeltypus bei den Neugeborenen.*

Lannelongue et Ménard. — *Affections congénitales.* Paris, 1891.

Olshausen et Veit. — *Lehrbuch der Geburtshilfe,* 1899. P. 205.

Kirmisson. — *Maladies chirurgicales d'origine congénitale.* Paris, 1898.

Cruveilhier. — *Bulletin de l'Académie de Médecine,* 1836.

Spiegelberg. — *Lehrbuch der Geburtshilfe*, 1878. P. 550.

Schroeder. — *Lehrbuch der Geburtshilfe*, 1884. P. 454.

Bar. — *Leçons de la Clinique Tarnier*, 1897.

Koch. — *Thèse de Bonn*. 1895.

Apert. — *Bulletin de la Société anatomique*. 1895. P. 767.

Bonnaire. — *In Tarnier et Budin*. T. III, p. 299.

Fritsch. — *Traité clinique des opérations obstétricales*. Traduction française. 1892, p. 148.

Kustner. — *Beckenendlagen in Lehr. der Geb. Von Muller*. T. II, p. 740 et suivantes.

Teuzzi. — *Gaz. med. Lomb. Milan*, 1889, p. 325.

Néret. — *Thèse de Paris*, 1899.

Bundel. — *Vogels neue medicinische Bibliothek*. 1862, p. 189.

Heusinger. — *Bericht von der anthropologischen Anstalt*. Wurtzburg, 1826, p. 42.

Luning. — *Correspondenzblatt für Schweiz. Aerzte*, 1888, n° 1.

Volkmann.— *Centrelblatt für Chirurgie*, 1885, n° 14, p. 235.

Vollert. — *Ibidem*, 1890, n° 38, p. 743.

Meinhardt Schmidt. — *Centralblatt für Gynækologie*, 1890, n° 30, p. 370.

Witzel. — *Contribution à l'étude des modifications secondaires des parties molles et du squelette dans les cas de torticolis musculaire*. (Deutsche Zeitschrift fur Chirurgie, t. XVIII, 1883, p. 554.)

Petersen. — *Caput obstipum Archiv. fur Klinische Chirurgie*, 1884. T. XXX, p. 781. « *Uber den Angeborenen Muscularen Schiefhals in Zeitschrift fur orthopaedische Chirurgie*. I Band, I Heft, p. 86. 1891.

Kirmisson. — *Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur*. Paris, 1890, p. 497.

Lovett. — *Torticolis succédant à un hématome du*

sternomastoïdien. Boston medic. Journal. T. CXXVI, p. 311.

Spencer. — *American Journal of med. Science*, janvier 1893, n° 249, p. 103.

Karewski. — *Die Chirurgischen Krankheiten des Kindesalters*, 1894, p. 574.

Bouvier. — *Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur*. Paris, 1858, p. 77.

Borel. — Contribution à l'étude des asymétries du visage et de l'hémiatrophie de la face. *Revue médicale de la Suisse Romande*, 1885. T. V, p. 13.

Budin. — *Obstétrique et Gynécologie*, p. 75 et 245, 1886. *Bulletin de la Société anatomique*, 1872.

Tarnier et Budin. — *Traité d'accouchement*. T. II, p. 294, 1886.

A. E. Barker. — *Deficient Development of the right half of the body, with out paralysis except of the facial nerv. Clinical Soc. Trans.*, 1884. T. XVII, p. 225.

Kocher cité par Borel dans la *Revue médicale de la Suisse Romande*, 1885.

Vu : le Président de la thèse,
P. BUDIN.

Vu et Permis d'imprimer :
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

Sceaux. — Imprimerie Charaire.